

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 002009

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société : 124850

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Meckhou Bouazza

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél. : 06.23.39.57.99 Total des frais engagés : 107570 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/12

Nom et prénom du malade : MAHMOUD BOUAZZA Age : 73ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + diabète de type 2

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/07/22	analyse	3	225,70	
07/07/22	analyse	1		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08-07-22	225,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08-07-22		50,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

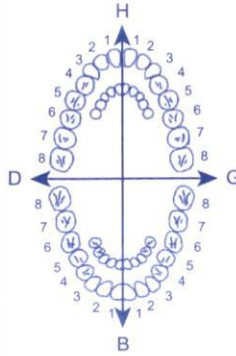
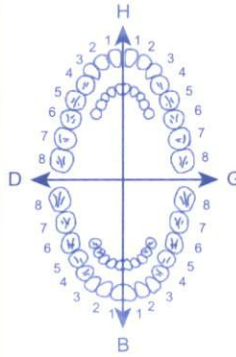
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

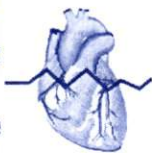
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. ELBEKRI Bouchra

Spécialiste des Maladies du Cœur, des Vaisseaux  
et de l'Hypertension Artérielle

Echo Doppler Cardiaque - Echo Doppler Vasculaire  
Holter E.C.G et tensionnel Epreuve d'Effort



# الدكتورة البكري بشرى

إختصاصية في أمراض القلب

الشرابيين والضغط الدموي

الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le

08/11/2022

سلا في

Dr. ELBEKRI Bouchra

34.60

h

Elbekri Bouchra

Signature

56.80

h

Signature

Elbekri Bouchra

120.00

X3 h

Signature

Dr. ELBEKRI Bouchra

58.10

X3 h

Signature

Elbekri Bouchra

20.00

X5 h

Signature

Elbekri Bouchra

Signature



725.70

Dr. ELBEKRI Bouchra  
CARDIOLOGUE  
Résidence Oum Elkhir I, Appt 3  
1er Etd. Avenue Mohammed V Tabriquet - Salé  
Tél./Fax: 05 37 86 64 64  
elbekrib@gmail.com

Rés. Oum Elkhir I, Appt 3 1er Etd. Avenue Mohammed V Tabriquet - Salé

( entre la poste et clinique tabriquet ) Tél./Fax: 05 37 86 64 64 elbekrib@gmail.com



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

LOT : 22E002  
PER : 12 2025

LASILIX 40MG

20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

TRIVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 1071907

ALDACTONE 50MG 20 CPS  
P.P.V : 56DH60  
6 118001 170029  
Laboratoires  
Pfizer S.A.

LOT : B26700  
EXP : 12.2022

120,00

120,00

TRIVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 1071907

120,00

TRIVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 1071907

ملغ 4<sup>®</sup> سنتروم  
نو کوکومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg   
Acétocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/

PPV :

Exp :

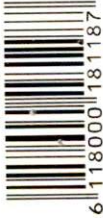
N° Lot :

20,00



ملغ 4<sup>®</sup> سنتروم 4  
نو کوکومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acétasalicylate 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/

PPV :

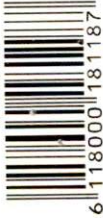
Exp :

N° Lot :

20,00

ملغ 4<sup>®</sup> سنتروم 4  
نو کوکومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acétasalicylate 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/

PPV :

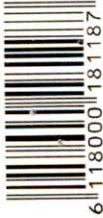
Exp :

N° Lot :

20,00

ملغ 4<sup>®</sup> سنتروم 4  
نو کوکومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acétasalicylate 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/

PPV :

Exp :

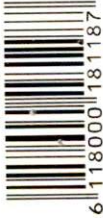
N° Lot :

20,00



ملغ 4<sup>®</sup> سنتروم 4  
نو کوکومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acétasalicylate 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/

PPV :

Exp :

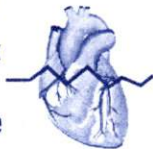
N° Lot :

20,00

# Dr. ELBEKRI Bouchra

Spécialiste des Maladies du Cœur, des Vaisseaux  
et de l'Hypertension Artérielle

Echo Doppler Cardiaque - Echo Doppler Vasculaire  
Holter E.C.G et tensionnel Epreuve d'Effort



## الدكتورة البكري بشرى

إختصاصية في أمراض القلب

الشرايين والضغط الدموي

الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le 08/08/2012 سلا في

Mme MAMMUNE. BOUTEBA

2 - 9 - 2012

CENTRE DE BIOLOGIE  
TABRIQUET CBT - Salé  
Av. Med V, résidence Oum El kheir 1,  
Appt. 01. Tabriquet - Salé  
Tél/Fax : 0537 86 01 02  
GSM : 0662 212 213

Dr. ELBEKRI Bouchra  
CARDIOLOGUE  
Résidence Oum Elkhir I, Appt. 3,  
Av. Mohammed V, Tabriquet - Salé  
GSM : 06 37 86 64 64

# ECG

ELBEKRI BOUCHRA

NOM: MACHHOUR BOUAZZA

ID: 4102

Genre: Homme

Age: 70

DOB: 01-01-1949

Date Test: 08-07-2022 13:23

Case #: Investigation #: Médecin Référent: Doctor A

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interv. PQ : 266 ms

Durée ECG : 15 s Interv. QT : 374 ms

FC : 84 bpm Interv. QTc : 442 ms

Durée P : 97 ms Axe P :  $-147.7^{\circ}$

Durée QRS : 86 ms Axe QRS :  $3.6^{\circ}$

Durée T : 258 ms Axe T :  $-55.8^{\circ}$

Suggestion :

Total Batts 20, Batts Normaux 20,\*\*\* - constant avec maladie pulmonaire, - avec 1 bloc AV, ECG Anormal ECG,

Signature Médecin:

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

# CENTRE DE BIOLOGIE TABRIQUET - CBT SALE

Av. Mohamed V, résidence OUM EL KHEIR 01, Appt: 01, Tabriquet, Salé

Tél / Fax : 05 37 86 01 02

Email : [centredebiologietabriquet.cbt@gmail.com](mailto:centredebiologietabriquet.cbt@gmail.com)

## Facture

Patient : Mr MECHHOUR Bouazza

Date prélèvement : 08/07/2022

Analyses	Valeur en B
INR (Suivi de traitement par AVK)	40
<b>Total B</b>	<b>40</b>
<b>APB</b>	<b>11,50</b>
<b>Total</b>	<b>50,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinquante dirhams \*\*\*

CENTRE DE BIOLOGIE  
TABRIQUET CBT - Salé  
Av. Med V, résidence Oum El Kheir 1,  
Appt. 01. Tabriquet - Salé  
Tél/Fax : 0537 86 01 02  
GSM : 0662 212 213





Salé le 08/07/2022

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 080722-015 Pvt du: 08/07/2022 12:51

Nom : Mr MECHHOUR Bouazza

Prescripteur Dr : ELBEKRI BOUCHRA

Page : 1/1

## ANALYSES D'HEMOSTASE-COAGULATION

### INR (Suivi de traitement par AVK)

(Technique : Chronométrique-STAGO)

#### Renseignements

Nom du Médicament

Sintrom

Sintrom (28/03/22)

Posologie Journalière

1/2 cp/jr

1/2 cp/jr (28/03/22)

(Sous réserve des informations fournies)

1/2 cp/jr (22/03/22)

1 cp/jr (12/07/21)

1 cp/jr (07/07/21)

Un jour 1/2cp et un jour

3/4 cp (04/01/21)

Temps de Quick Malade

25,80 sec.

21,50 (28/03/22)

Taux de Prothrombine

34,30 %

(70 - 100)

44,20 (28/03/22)

INR

2,40

(2 - 3)

1,90 (28/03/22)

1,09 (22/03/22)

1,15 (12/07/21)

2,77 (07/07/21)

1,81 (04/01/21)

Résultat contrôlé

#### Interprétation :

- Prévention et traitement des thromboses veineuses : 2 - 3
- Prévention et traitement des embolies pulmonaires : 2 - 3
- Fibrillation auriculaire : 2 - 3
- Prothèse valvulaire : 3 - 4.5
- Thromboses systémiques récidivantes : 3 - 4.5

Le risque hémorragique est majoré lorsque l'INR est supérieur à 5

Docteur S. EL ALAMI  
Biologiste Médicale

CENTRE DE BIOLOGIE TABRIQUET CBT - Salé  
Av. Med V, Résidence Oum El kheir 1,  
Appt : 01. Tabriquet - Salé

Tél/Fax : 8522 55 01 02

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement